|  |  |
| --- | --- |
| 　**2024年度第20回(冬)講師養成講座受講申込書** | 写真貼付3×4cm　　　　　 |
| フリガナ |  |
| **氏　　名** |  |
| **生年月日** | 西暦　　　　　年　　 月　　 　日生　　　才 |
| **住　　所** | **〒** |
| **連絡先** | 携　帯：　　　　　　　　　　　　 FAX： 　　　　　電　話： |
| E-mail： |
| **最終学歴****※記述任意** |  |
| **取得している****資格** | □中医薬膳指導員🄬　 □国際中医薬膳師　 　□国際薬膳調理師□中医薬膳師　　 　□国際中医師　 　□管理栄養士　　□栄養士 □調理師　　 □薬剤師　　□その他（　　　　　 　　　　　　　　　　　） |
| **特技****または趣味** | 　　 　　　　　　 　　　　　　　　　 |
| **受講の動機****または****今後の希望** |  |

※個人情報保護法に基づき、申込みに関する個人情報については、食養学会の運営以外の目的に使用致しません。尚、**申込書の到着と振り込み確認をもって、申込み完了となります。**

お振り込みいただいた受講料は返納できません

**振込口座　　みずほ銀行　本郷支店　普通2663890**

**日本中医食養学会**